…… ……
(imię i nazwisko pracownika) (*miejscowość i data)*

.....
(zajmowane stanowisko)

.....
(adres)

.....

Wniosek o zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej

Na podstawie art. 148^1 ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy w związku z działaniem siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem z uwagi, że niezbędna jest moja natychmiastowa obecność, proszę o udzielenie zwolnienia

od pracy w wymiarze:

☐ …….. dni, od dnia …….. do dnia ……..**
(podać liczbę dni – maksymalnie 2 dni w roku kalendarzowym)

☐ …….. godzin, w dniu ……od godz…… do godz. ……..**
(podać ilość godzin – maksymalnie 16 godz. w roku kalendarzowym)

.....
(podpis pracownika)

**niepotrzebne skreślić*
*** zwolnienie przysługuje w wymiarze 2 dni/16 godzin w roku kalendarzowym. O sposobie wykorzystania w danym roku kalendarzowym zwolnienia od pracy – w dniach albo godzinach – decyduje pracownik w pierwszym wniosku o udzielenie takiego zwolnienia złożonym w danym roku kalendarzowym.*